

東京女子医科大学学術リポジトリ  
<https://twinkle.repo.nii.ac.jp>

# (シンポジウム『未来の社会創造』21世紀の医療の姿と社会デザイン) 4. 社会変革の新しい担い手

著者名	川添 高志
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	87
号	4
ページ	133-134
発行年	2017-08-25
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10470/00031750">http://hdl.handle.net/10470/00031750</a>

doi: 10.24488/jtwmu.87.4\_132([https://doi.org/10.24488/jtwmu.87.4\\_132](https://doi.org/10.24488/jtwmu.87.4_132))

年頃まで給付内容の拡充等を図った。それが可能であったのは、1955年から1973年まで高度経済成長があったからである。そして、よりファンダメンタルな理由としては、人口が増加するとともに人口構成が「若かった」ことが挙げられる。これは「逆も真なり」である。右肩下がりの高齢社会となれば、国民皆保険が形骸化するおそれがある。

日本は既に人口減少社会を迎えているが、減少のスピードは加速し、2030年代後半以降は毎年90万人以上減少すると見込まれる。総人口の減少以上に深刻なのは人口構成の変化である。高齢者人口は2040年頃まで増加する一方、生産年齢人口や年少人口が激減する。高齢化は医療の進歩と並ぶ医療費の増加要因である。一方、労働力人口の減少に伴い経済の成長率は低い。また、財政制約以上に深刻な問題は医療・介護の人手不足である。

2018年度は、次期医療計画の策定、医療費適正化計画、国民健康保険の改正（ポイントは都道府県が財政責任を担う）の施行、診療報酬と介護報酬の同時改定等の「結節点」となっている。国民皆保険の将来という意味では、この数年が正念場である。

医療の高度化の要請に対応するためには「医療密度」を高める必要があり、医療機能の分化・集約化は必須である。また、超高齢社会では「治す医療」だけではなく「生活を支える医療」も必要になる。そのためには、狭義の医療だけでなく、保健・介護・福祉・就労、さらには「まちづくり」まで視野に入れた総合的な取り組みが必要となる。

### 3. 在宅ケアの未来予想～在宅医療で医療を変える、地域を変える、文化を変える～

（医療法人ゆうの森）

永井康德

日本の医療は、これまでとにかく治すことを追求して発展し、十分な成果を上げてきました。そして、医師は医師、看護師は看護師とそれぞれの専門職でそれぞれの技量や技術を高めることを目的としてきました。しかし、現在の日本では世界一高齢化が進行し、歴史上かつてないほど死亡者が多くなる多死社会を迎えました。どんなに良い医療を行ったとしても老化や死は避けられません。にもかかわらず、最期まで治療し、闘い続けて亡くなることをすべての人が求めているのでしょうか。

治らない病や老化、障害、死に向き合っていく上で在宅医療の果たす役割は大きくなっています。在宅医療のバージョンには、次の4つの段階があると思います。

在宅医療 version1.0 家に帰りたい人が帰れるようにする

在宅医療 version2.0 多職種のチームが連携して利用者を支える

在宅医療 version3.0 在宅医療で地域作りを行い、社

会問題の解決に結びつけていく

在宅医療 version4.0 在宅医療で文化を変える

これまでの日本の医療のように単独職種で自分たちの専門職としての能力を高めるだけでは、患者や家族を満足させることはできない時代となりました。単独職種でひたすら頑張るのではなく、多職種のチームで患者に向き合うことが地域で必要となってきました。そして、患者の病気だけを診るのではなく、患者の生活や、労働、人生など患者を人としてまごとの診て、どう生きるかを一緒に考える必要性が出てきました。さらに、患者その人だけではなく、その家族や地域を診て、地域を変えるような取り組みも求められます。さらに、超高齢社会における様々な社会保障問題の解決も大事となってきます。もっといえば、看取りの問題など、時代時代に合わせた文化を変えたり、醸成させる必要も出てきています。日本は世界で最も高齢化率が高い国です。今後、世界の国々も日本を追いかけるように高齢化が進展します。世界に先駆けて、医療をどう変革し、高齢化していく社会にどう対応するのかを示していくことが求められていると思います。

### 4. 社会変革の新しい担い手

（ケアプロ株式会社）

川添高志

看護師として10年前に起業し、予防医療と在宅医療に取り組んできたことを紹介する。

まず、予防医療では、1年以上健康診断を受けていない健診弱者3,600万人をターゲットに、「ワンコイン健診（現：セルフ健康チェック）」を開発した。HbA1cや肝機能、HDL、LDL、中性脂肪などが10分程度で測定でき、看護師や保健師等から健康アドバイスをする。自己採血により検査を行うため医療行為ではないが、法的な位置づけが曖昧であった。そのため、商業施設や駅ナカでの展開を目論んだものの、行政等からの圧力もあり、店舗を撤退することになった。しかし、ロビイング等が功を奏し、2014年には、「検体測定室」のガイドラインが制定され、今では競合他社が1,000か所以上にもなり、ケアプロでも41万人以上に健康の気づきを提供するまでになった。

また、在宅医療では、東日本大震災を機に、孤独死や看取り難民の問題に直面して、訪問看護の拡充に向けた取り組みを開始した。2020年までに約3万人の看護師が必要であり、新卒を含めた若手の看護師を訪問看護業界に招き入れ、育成していく戦略を取った。そこで、まずはケアプロとして訪問看護ステーションを立ち上げ、平均年齢29歳・看護師30名で、24時間365日対応のモデルを確立した。新卒看護師も6名採用し、新卒や新人向けの教育プログラムを開発した。現在、新卒や新人の訪問看護師の採用や育成のためのプログラムの普及のため

に、聖路加国際大学や全国訪問看護事業協会と共にセミナー等を行っている。

## 5. イノベーション教育とウェルビーイング

(慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科) 前野隆司

2008年に発足した慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント (SDM) 研究科では、新しい価値観の創造と、それに基づく技術・社会システムのデザインを志している。その柱の一つは、ゼロからのイノベーションを生み出すための方法論であるデザイン思考である。デザイン思考とは、観察、アイデア創出、プロトタイピングを繰り返すことによって、現代の社会価値に合致した新たな製品・サービスのデザインを行うための方法論であり、スタンフォード大学やデザインファーム IDEO が発祥とされる。デザイン思考では、質より量、fail fast (早く失敗を)、判断保留、試行錯誤などを推奨することによって、型にはまらない自由なアイデアを創出することを目指している。このため、本講演では、慶應 SDM のイノベーション教育について述べる。

また、講演者は、2008年以来、幸福学の研究を行ってきた。幸福学とは、Psychological Well-Being についての研究の総称である。地球環境や人類繁栄のための持続可能性を考慮した製品・サービス開発や医療・福祉のあり方が必要とされる現代社会において、「そもそも如何にして人々を幸せにすべきか」という根源的価値軸を陽に考慮することが重要と考えられる。このような中、Well-Being を基本に据えた社会デザインを行う必要がある。このため、本講演では筆者が行ってきた幸福学関連研究を概説する。具体的には、幸せの4つの因子を始めとす

る、幸せに寄与する事柄について述べる。さらに、幸せとイノベーションの関連について述べる。

## 6. 今、あらためて、“生まれる場所”、“死ぬ場所”を考える

(津田塾大学学芸学部国際関係学科)

三砂ちづる

いやおうなしに「家で生まれて」、「家で死んで」いた頃、つまりはだいたい、50代後半である私の祖父母の時代から父母の時代にかけての頃の話であるが、きれいで設備が整っていて、立派そうな白衣を着た人が、きびきびと働いている病院、というところは、ある意味、憧れであったに違いない。こんな、汚くて暗い家でなんか産むのは嫌だ、やんごとなき人たちとお金持ちはみんな病院で産んでいるのに。

だから、戦後女性たちは病院出産に憧れるようになり、1960年頃には施設出産と自宅出産はほぼ半々となる。

食べられなくなって、飲めなくなって、枯れるようにして亡くなっていく病人や老人たちを家で見ていたからこそ、「もっと何かできることがあったのではないのか」と思い始めて、死にそうな人は、みんな病院に送って「何かしてもらおう」ようになっていく。こちらもだいたい1960年ごろ自宅で死ぬ人と施設で死ぬ人は半々くらいであったらしい。

今や、言うまでもなく日本中の多くの人が「施設で生まれ」「施設で死ぬ」。そのような世代が既に3世代目に入ろうとしているから、「家で生まれて」、「家で死んで」いた頃の記憶は継承されなくなって久しい。「家で生まれて」「家で死ぬ」ことは忘れて良いことではなかった、と考える人もまた増えてきた。私もまたその一人である。